



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

477555  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
1 7 / 0 5 / 2 1

6-Número da Guia Principal  
8300927

5-S-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 6 / 0 2 / 1 2

3-Data de Emissão da Guia  
1 6 / 0 2 / 1 2

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

|                                                               |                                      |                                                                |                                       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número de Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 4 7 2 7 1 0 0 0 0 1 0 1 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JANAINA FERREIRA DA SILVA MATOS                    | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>JANAINA FERREIRA DA SILVA MATOS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                     |                           |                 |                                             |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| 16-Identificação a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR | 18-Número no CRO<br>94101 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 7 5 5 6 2 8 8 9 7         | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR    | 23-Número no CRO<br>94101 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CINES<br>Enviar - RX (I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR | 27-Número no CRO<br>94101                                           | 28-UF<br>SP               | 29-Código CBO S | (I) 85100200                                |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela               | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd  | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura |
|-------------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|---------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 46 VO 1      | 8 8 0 0 0       | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0          | 0 0 0 0  | 0 0 0 0                         | S      | 16/02/21              | x Janaino                           |
| 2- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 48 VO 1      | 8 8 0 0 0       | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0          | 0 0 0 0  | 0 0 0 0                         | S      | 16/02/21              | x Janaino                           |
| 3- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 4- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 5- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 6- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 7- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 8- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 9- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0  |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 10- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 11- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 12- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 13- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 14- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 15- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 |                           |              |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                                     |

|                                               |                                                                                                                |                                               |                                     |                               |                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 7 6 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>1 0 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ / / |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                           |                                                                         |                                                                                 |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>16/02/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>16/02/21 x Janaina | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/02/21 x Janaina | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>16/02/21 x Janaina |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

CRO 94101

Dr. Anesio Gracindo A. Júnior  
Ar. São João 473 - Fone São João  
Jundiaí - SP Tel: 4528-3559